

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

N° _____

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

144

Marie-Marguerite-Françoise MENDRAS

Née le 16 mars 1911, à Marvejols (Lozère)

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 22 JUIN 1943 1943

**Contribution à l'étude
de
l'électro-coagulation dans le cancer
du col de l'utérus**

Président : Pierre MOCQUOT, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **MENDRAS**

Prénoms: (**Marie-Marguerite-Françoise**).

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

MENDRAS (Marie-Marguerite-Françoise). — Contribution à l'étude de l'électro-coagulation dans le cancer du col de l'utérus. — *Paris, Librairie Arnette, 1943, in-8° r., 98 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris. 1943, n°*).

MENDRAS (Marie-Marguerite-Françoise). — Contribution à l'étude de l'électro-coagulation dans le cancer du col de l'utérus. — *Paris, Librairie Arnette, 1943, in-8° r., 98 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris. 1943, n°*).

MENDRAS (Marie-Marguerite-Françoise). — Contribution à l'étude de l'électro-coagulation dans le cancer du col de l'utérus. — *Paris, Librairie Arnette, 1943, in-8° r., 98 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris. 1943, n°*).

MENDRAS (Marie-Marguerite-Françoise). — Contribution à l'étude de l'électro-coagulation dans le cancer du col de l'utérus. — *Paris, Librairie Arnette, 1943, in-8° r., 98 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris. 1943, n°*).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

Marie-Marguerite-Françoise MENDRAS

Née le 16 mars 1911, à Marvejols (Lozère)

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1943

Contribution à l'étude
de
l'électro-coagulation dans le cancer
du col de l'utérus

Président : Pierre MOCQUOT, professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1943

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	PASTEUR-VALLERY-
	RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	HARVIER.
Clinique des maladies des enfants	CATHALA.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	Robert DEBRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	LAIGNEL - LAVASTINE.
Clinique des maladies infectieuses	GOUGEROT.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	MONDOR.
	GOSSET.
	CADENAT.
	QUENU.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	PORTES.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Professeurs sans chaire	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	SANNIE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES ...	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.	LANTUÉJOUL .	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie.	LAVIER	Parasitologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LENÈGRE	Pathologie médicale.
CACHERA	Pathologie médicale.	M ^{me} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
CORDIER	Anatomie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
COUVELAIRE		MOLLARET ...	Pathologie médicale.
(Roger)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAIL-	Pathologie chirurgicale.
DEGREZ (H.)..	Physique.	LIS	
DESOILLE	Médecine légale.	RENARD	Ophtalmologie.
DIGONNET	Obstétrique.	RICHET	Physiologie.
DOGNON	Physique.	SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN-		SOULIE	Pathologie médicale.
TANO	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
GALLIARD	Parasitologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
M ^{me} GAUTHIER-			
VILLARS ...	Anatomie pathologique		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LE LORIER ...	Obstétrique.
CHAILLEY-		NEVEU-	
BERT	Physiologie.	LEMAIRE ...	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	PIÉDELÈVRE .	Médecine légale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HUGUENIN...	Anatomie pathologique.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		DE GAUDART	
CHEVALLIER.		D'ALLAINES.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
LIAN		MOURE.	
MOREAU.			
SÉZARY.			
MM.			
ECALLE.	} Clinique obstétricale.		
VIGNES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON ONCLE LE DOCTEUR BONHOMME

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MOCQUOT

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Broca

A LA MEMOIRE
DE MONSIEUR LE PROFESSEUR HOVELACQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENE TOUPET
Chirurgien de l'Hôpital de Bicêtre

A LA MEMOIRE DE MONSIEUR LE DOCTEUR
JACQUES-CHARLES BLOCH

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

Monsieur le Professeur CARNOT
Monsieur le Professeur LENORMANT
Monsieur le Docteur HALBRON

EXTERNAT

1936-1937 : Monsieur le Professeur CUNÉO
— Monsieur le Docteur J.-Ch. BLOCH (*in
memoriam*)
1937-1938 : Monsieur le Professeur CARNOT
1938-1939 : Monsieur le Docteur MOREAU

INTERNAT

1939 : Monsieur le Docteur SORREL
1939-1940 : Monsieur le Docteur TOUPET
1940-1941 : Monsieur le Professeur BROCC
1941-1942 : Monsieur le Docteur TOUPET
1942 : Monsieur le Professeur MOCQUOT
1943 : Monsieur le Professeur PORTES

INTRODUCTION

En 1936, MM. Gernez et Mallet exposèrent à l'Académie de Chirurgie le traitement du cancer du col de l'utérus tel qu'ils l'appliquaient à l'Hôpital Tenon. Ils insistaient sur les bienfaits de l'électro-chirurgie qui, d'une part, simplifie le mode d'application du radium, d'autre part, en rend la tolérance meilleure.

M. le Professeur Mocquot fut intéressé par ce point particulier dans la conduite du traitement du cancer du col utérin.

Dès 1936, il appliquait cette méthode à 3 malades. D'emblée, les résultats immédiats lui parurent satisfaisants. Aussi, en 1937, 17 malades reçurent le même traitement. Dès lors, M. Mocquot resta fidèle à cette technique, le chiffre des malades traitées par l'électro-coagulation oscillant autour de 10 par an.

Ce sont les bienfaits de cette méthode que nous voudrions faire ressortir :

— Bienfaits immédiats certains que manifestent l'indolence et l'apyrexie consécutives;

— Bienfaits tardifs, que l'on peut déjà entrevoir, sans pouvoir encore l'affirmer, faute de recul suffi-

sant. Aussi, nous défendons-nous de publier ici une statistique valable, sachant qu'une expérience de 7 ans est trop jeune, en matière de cancer, pour avoir une valeur formelle.

Nous nous proposons donc, après quelques généralités sur l'électro-coagulation de la décrire telle qu'elle est pratiquée à l'Hôpital Broca.

Nous soulignerons ensuite les avantages de ce procédé de traitement variables avec la forme du cancer.

Cela nous permettra d'en formuler les indications.

Enfin, nous exposerons ce que nous avons pu savoir des malades ainsi traitées depuis 1936.

M. le Professeur Mocquot nous a permis d'utiliser les observations de la Clinique gynécologique de Broca. Il a bien voulu nous aider de sa longue expérience, et a accepté la présidence de cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de toute notre reconnaissance.

Nous voulons aussi dire toute notre gratitude au docteur Mallet, chef du service de Radiologie et Radiothérapie profonde à l'Hôpital Tenon, qui a mis largement à notre disposition les documents et statistiques du centre anticancéreux de Tenon.

Nous nous sommes aussi inspirée du travail inédit du Docteur Proux, attaché d'Electro-Radiologie des Hôpitaux, sur la chirurgie diathermique et la thérapeutique radiothérapique des cancers : qu'il en soit vivement remercié.

Généralités sur l'électro-coagulation

On désigne sous le nom d'électro-coagulation les effets chirurgicaux des courants de haute fréquence : non seulement les effets thermiques de coagulation, mais aussi ceux de section ; ils sont dus à l'application sur une surface minime d'une énergie électrique considérable.

HISTOIRE DE L'ELECTRO-CHIRURGIE

Elle est dominée par le nom de d'Arsonval qui, non seulement étudia les courants de haute fréquence, mais en découvrit les applications médicales qu'il exposa à l'Hôtel-Dieu, en 1896, quinze ans après sa géniale découverte. Les médecins et chirurgiens méconnurent les bienfaits de cette méthode dont ils ne virent pas les conséquences. Ce n'est que dix ans plus tard, en 1906, que Keating Hart utilisa le courant de haute fréquence contre le cancer, après les travaux expérimentaux de Bordier et Lecompte, de Guilloz de Nancy. Doyen s'en servit aussitôt et l'amplifia, en obtenant des effets de destruction supérieurs grâce à une amélioration de l'appareillage et de la technique.

Dès lors, la diathermo-coagulation était entrée dans le traitement du cancer où elle tient, aujourd'hui, une place importante.

D'application courante dans les cancers cutanés et de la langue, elle fut utilisée, en 1928, par MM. Gernez et Mallet dans le traitement du cancer du col utérin. Cette méthode devait leur donner toute satisfaction. Ils en publiaient les heureux résultats huit ans après.

PROPRIETES GENERALES DES COURANTS DE HAUTE FREQUENCE

Les courants de haute fréquence possèdent deux propriétés différentes suivant qu'on utilise des courants à ondes amorties ou à ondes entretenues.

1° Dans le premier cas, l'effet est surtout d'ordre thermique, et aboutit à la formation d'une escarre au contact de l'électrode active. Cette escarre se forme sur n'importe quel tissu : elle est constituée par un éclatement des cellules avec coagulation des albumines. Le centre de l'escarre est formé par une masse brunâtre, parfaitement homogène, mauvaise conductrice de la chaleur.

Elle est entourée d'une zone où les cellules, encore vivantes, présentent quelques altérations : elles sont déformées, très allongées.

Tout autour de cette deuxième zone, les cellules gardent leur forme normale, mais le protoplasme présente quelques altérations.

Dans ce cas, l'effet du courant s'étend donc dans un rayon de 1 à 2 centimètres et assure, à ce niveau, la formation d'une escarre dure, sèche, qui adhère fortement aux tissus sous-jacents, oblitérant complètement les vaisseaux sanguins et lymphatiques, détruisant les terminaisons nerveuses.

2° Dans le deuxième cas, de courants à ondes entretenues, ce n'est plus l'effet thermique qui joue, mais un effet de destruction brutale des cellules en rapport avec l'électrode active, qui est une fine pointe. A son contact, se produit un véritable éclatement des cellules ; la zone d'influence restant strictement limitée à celles qui sont directement au contact de l'électrode. Un effet coupant est obtenu, sans aucune propriété coagulante, sauf pour les capillaires. Les autres vaisseaux, même de tout petit calibre, ne sont pas oblitérés.

On comprend donc l'intérêt d'un appareil capable de donner les deux effets, soit ensemble soit séparément, de section et de coagulation, et de doser l'intensité de chacun. On peut ainsi réaliser, au bistouri électrique des sections faiblement hémostatiques. Et, d'autre part, une faible quantité de courant coupant est nécessaire, avec le courant coagulant, pour empêcher l'adhérence gênante de la boule à l'escarre produite.

Les différentes propriétés de cette escarre ont été étudiées de façon très précise. Elle présente des qualités majeures.

1° L'absence complète de choc consécutif à cette opération est remarquable. Les Américains en ont cherché la cause dans une destruction des filets nerveux.

Ce fait serait peut-être aussi la cause de l'indolence parfaite qui suit cette opération, même après la formation d'une escarre très étendue. Bien plus, les malades sont souvent étonnées du soulagement réel apporté à leurs souffrances par cette thérapeutique. Ceci s'observe surtout dans les cancers douloureux comme ceux de la langue. Ce bienfait est beaucoup moins net dans le cancer du col de l'utérus, peu douloureux au début.

2° L'absence d'hémorragie consécutive, due à l'oblitération des vaisseaux de la zone escarrifiée.

3° L'action de désinfection locale. L'oblitération des vaisseaux sanguins et lymphatiques en serait la cause, ainsi que l'adhérence intime de l'escarre aux tissus sous-jacents. Mais c'est surtout l'exérèse des bourgeons néoplasiques infectés qui est à l'origine de cette action bienfaisante.

4° La rapide détersion de l'ulcère. C'est là un phénomène remarquable, et que l'on peut rapprocher du bienfait précédent. La chute de l'escarre découvre un tissu de granulation rosé, propre. On sait que tels auteurs ont proposé l'électro-coagulation des escarres pour en hâter la guérison.

Les reproches généraux faits à cette méthode sont :

1° L'impossibilité de cicatrisation par première intention (mais cet inconvénient ne joue pas dans le cancer du col).

2° La fréquence des hémorragies par chute d'escarre. Cette crainte, dont il ne faut pas méconnaître la gravité, se réalise ici moins fréquemment que dans les cancers des régions plus vasculaires, par exemple celui de la langue.

Il n'est que de voir l'ensemble des avantages de l'électro-coagulation pour remarquer qu'ils en font un procédé utile dans le traitement du cancer. Ils sont précisément ceux cherchés pour améliorer une tumeur douloureuse, hémorragique et infectée, chez des malades parfois déficients.

L'électro-coagulation pourra être un temps important dans le traitement du cancer du col en préparant sa destruction par les procédés actifs : radium ou chirurgie.

Elle pourra aussi améliorer l'état lamentable de certaines malades inopérables.

Technique de l'électro-coagulation dans le cancer du col

Un appareil puissant est nécessaire, pouvant atteindre 4 ampères, pouvant fonctionner à ondes amorties et entretenues, afin de donner les deux effets de section et de coagulation.

Il est utile de posséder tout un jeu d'électrodes, en pointe, mais surtout à boule olivaire et ronde, dont le manche est isolé, gainé de caoutchouc.

L'électro-coagulation n'exige pour la malade aucune préparation spéciale. On s'abstient même de toute manœuvre de désinfection vaginale, qui pourrait provoquer une hémorragie si fréquente dans les formes bourgeonnantes, indication de choix de l'électro-coagulation. Cependant, dans les cas frès infectés, on pourrait utiliser la sulfamidothérapie locale et générale.

L'anesthésie générale est celle employée à Broca. Mais une anesthésie locale chez une malade non pusillanime peut parfaitement être utilisée. C'est celle dont se servait M. Gernez à Tenon, après une anesthésie de base avec scopolamine-morphine. Quant à la rachi-

anesthésie, elle paraît donner une anesthésie un peu longue pour une opération d'une vingtaine de minutes à peine.

La malade est installée en position gynécologique. Une électrode passive est placée directement sur la table, une autre est posée bien à plat, directement sous le siège de la malade. On aseptise largement vagin, périnée, faces internes des cuisses, soit à la teinture d'iode soit à tout autre produit.

On expose largement le col par deux valves de Doyen, que l'on confie à un aide. Celui-ci doit veiller à éviter tout contact des valves avec l'électrode, ce qui provoquerait une large escarre vaginale sur toute la surface de contact. M. Gernez a essayé de se servir de valves en métal non conducteur. Elles ne lui ont pas paru indispensables quand le vagin est assez large. Souvent l'opérateur peut tenir une valve, supérieure ou inférieure, de la main gauche, ayant l'électrode dans la main droite. Il peut ainsi en mieux coordonner les mouvements.

Pour la conduite de l'électro-coagulation, plusieurs cas sont à envisager :

1° Dans les formes bourgeonnantes, exophytiques : la portion hypertrophiée végétante du cancer peut être abrasée avec l'anse diathermique, ou le bistouri électrique. Ensuite, le point d'implantation de la tumeur est coagulé à la boule. On a soin d'appliquer la boule sur la zone cancéreuse avant de faire passer le courant, pour éviter l'étincelage. En général, une

intensité de deux ampères ou de deux ampères et demi est suffisante.

On voit alors le tissu pâlir, un dégagement de vapeur se produit autour de l'électrode. L'escarre noircit, en même temps qu'on observe un certain grésillement. Elle devient sèche, dure, non conductrice du courant.

Il convient alors d'arrêter et de se rendre compte si la coagulation a été poussée assez loin. Le meilleur moyen consiste à explorer au doigt la cavité ainsi formée, après avoir enlevé l'escarre. On se rend compte ainsi, d'une part de l'étendue de l'extension néoplasique; d'autre part, de l'ablation réalisée. S'il reste encore des tissus cancéreux, on enlève la région escarrifiée avec une curette tranchante, et on coagule à nouveau, réalisant une destruction par couches successives. Il convient alors d'être très prudent et de ne pas se laisser entraîner à une opération trop large. Car la destruction beaucoup plus rapide des tissus, sans que l'on ait modifié l'intensité du courant, indiquerait, trop tard, que l'on est en zone saine.

En principe, ce curetage ne doit entraîner aucun suintement sanguin. En fait, il en existe souvent un léger, qui peut parfois être assez gênant car il empêche le passage du courant. On peut alors tamponner quelques minutes avant de poursuivre l'opération.

Parfois, le tissu coagulé adhère à la boule, et le sang forme autour d'elle une enveloppe dure qui empêche son action. On l'enlève très simplement avec une compresse ou le dos du bistouri. On peut aussi

tamponner le col avec du sérum salé qui facilite le passage du courant.

2° Dans les formes infiltrées, il faudrait détruire tout le col envahi par le cancer. Ce résultat sera cherché en coagulant et curetant le col par couches successives. Il faut veiller cependant à ne pas dépasser les limites du col.

3° Dans les formes ulcérées, il convient d'abord de reconnaître l'étendue de l'ulcération, et l'épaisseur de l'infiltration néoplasique qui l'entoure. Ici, la coagulation doit être discrète, superficielle, visant plus à régulariser les bords infectés du cratère, qu'à détruire la lésion néoplasique.

A ce moment, la cavité vaginale apparaît vide, nette. Une mèche à peine tassée est introduite dans le vagin. Elle sera retirée au bout de 24 heures.

Les suites de cette opération sont très simples. Les malades ne souffrent pas. Leurs pertes ichoreuses, fétides sont supprimées. Les seuls maux ressentis sont ceux inhérents à l'anesthésie. La température reste à 37°, les deux premiers jours. Le soir du 3^e jour, il est très fréquent de constater un petit clocher à 38°, rarement au-dessus, qui reste parfaitement isolé. Le lendemain, la température est à nouveau normale. Chez les malades fébriles, on voit souvent la température baisser après la coagulation.

L'escarre formée par l'électro-coagulation sèche assez rapidement. Une légère réaction inflammatoire la sépare de la partie vivante. Un sillon d'élimination se forme qui circonscrit l'escarre. Sa chute aux envi-

rons du quinzième jour, laisse voir un tissu de granulation rosé qui bourgeonne plus ou moins rapidement, et peut se cicatriser. Parfois, on observe une tendance très nette à la rétraction de la zone coagulée.

Par mesure de sécurité, les malades gardent le lit jusqu'à la chute de l'escarre. C'est à ce moment, en effet, qu'il faut redouter un accident grave de l'électro-coagulation: l'hémorragie.

Accidents dus à l'électro-coagulation

I. - ILS SONT D'ORDRE HEMORRAGIQUE

a) La chute d'escarre en est la cause majeure. Les chirurgiens redoutent ces hémorragies surtout dans les régions très vasculaires et mobiles comme la langue, comme la région cervicale. Certains d'entre eux, pour ne pas dire la majorité, préconisent même la ligature préventive de la carotide externe, tellement les accidents de ce genre compliquent souvent l'électro-coagulation, et la compliquent gravement, parfois d'une façon mortelle

Le danger est beaucoup moins grand dans le cancer du col utérin, mais il ne faut pas le méconnaître. Il s'est produit une fois dans nos observations.

Il s'agissait d'une malade de 42 ans, dont le cancer s'était manifesté par des hémorragies importantes, parfaitement bien supportées, d'ailleurs, puisque la tension artérielle était de 15-9, la numération globulaire montrait 4.400.000 globules rouges.

L'examen montrait un col dur, érodé, bourgeonnant, saignant au contact. Le corps était un peu gros encore mobilisable. Le cul-de-sac droit paraissait un

peu infiltré. L'électro-coagulation fut faite le 9 novembre 1942, et parfaitement supportée. La température se maintenait autour de 37°3.

Le 19 novembre, à 21 heures, la malade étant immobile, une hémorragie importante se produisait, entraînant un certain état de choc. La tension artérielle baissait à 11-7, mais le pouls restait à 75. L'examen au spéculum montra que la cause en était bien la chute d'escarre, et l'on pratiqua un tamponnement avec mèches imbibées d'hémostatique. On injecta 2 ampoules d'anthemea. Le tamponnement put être retiré le lendemain sans incident. Mais l'hémorragie recommença le 23 novembre, et s'arrêta aussi sous l'effet d'un tamponnement. Dans ce cas, on peut se demander si la raison de cette hémorragie grave n'est pas dans la chute précoce de l'escarre, le dixième jour, alors que la date la plus fréquente est le quinzième jour. (Observation 58.) Cette malade, revue récemment, est en bonne santé.

b) Dans un autre cas, une hémorragie grave est observée, mais qui paraît d'une origine différente.

C'était une malade de 50 ans, porteuse d'une volumineuse tumeur végétante. Celle-ci occupait tout le vagin, avait envahi les paramètres et la vessie. L'examen histologique avait montré un épithélioma basocellulaire. Le 19 mai 1941, M. Mocquot pratiqua une électro-coagulation palliative. Il détruisit la tumeur aussi loin que possible, à peu près jusqu'à l'isthme. La température de la malade qui, avant l'opération,

oscillait au-dessus de 38°, tomba à 37°. L'état général s'améliora.

Le 3 juin, l'examen montra la persistance d'un bourgeon néoplasique à la partie supérieure et gauche du vagin. M. Mocquot le détruisit à l'électro-coagulation. Deux jours après, une hémorragie grave se produisait. Un tamponnement l'arrêta d'abord, mais elle se reproduisit avec une telle abondance que la ligature des artères hypogastriques parut indiquée, et pratiquée, le 6 juin. La laparotomie montra des lésions fort étendues : le cancer avait envahi tout le petit bassin, infiltré le rectum. La malade mourait le lendemain.

II. - ILS SONT D'ORDRE FISTULEUX

Après une électro-coagulation, on pourrait observer des fistules vaginales ou rectales. Deux causes peuvent être évoquées :

a) Une extension du cancer au rectum ou à la vessie. Dans ce cas, la destruction des bourgeons par l'électro-coagulation entraîne presque fatalement une fistule, au même titre qu'une destruction trop rapide de la tumeur par le Radium. Par conséquent, dans les cas de ce genre, l'électro-coagulation est formellement contre indiquée. Il faudra donc, toujours, avant de la pratiquer, s'assurer, par une cystoscopie, de l'intégrité de la vessie, par un toucher rectal de celle du rectum.

b) Une erreur de technique. Soit que l'on ait coagulé trop profondément le col, soit que, dans un vagin

étroit, encombré de végétations, le chirurgien n'ait pu contrôlé exactement la coagulation qui aura trop approché les parois vésicales ou rectales, y déterminant ainsi une escarre, dont la chute cause une fistule. D'où la règle formelle d'y voir clair, quand on fait une électro-coagulation du cancer du col.

Ces accidents ne peuvent donc être portés au passif de l'électro-coagulation. Ils doivent être évités le plus souvent par :

— Des indications opératoires soigneusement étudiées;

— Une technique rigoureuse qui se refuse à opérer sans le contrôle de la vue.

Dans nos 63 cas, aucun cas de fistule ne fut observé.

III. - Un reproche très important a été formulé contre l'électro-coagulation par Mme Laborde : celui de diminuer la sensibilité du cancer au radium. Cherchant les causes de radium-résistance du cancer du col, l'auteur reconnaît tout de suite les responsabilités de l'infection. « Nous ne disposons que d'armes médiocres ou dangereuses pour lutter contre elle. Les sulfamides ne peuvent être employés étant un facteur de déglobulisation. » Quant à l'électro-coagulation, l'auteur répugne à s'en servir, pensant qu'« elle est susceptible de diminuer la sensibilité au radium des éléments néoplasiques, et, en conséquence de favoriser les récidives, après une période de latence plus ou moins longue. » Mme Laborde craint, au niveau du col utérin, le même phénomène qu'à la langue ou sur la peau, à savoir la radium-résistance

d'un épithélioma incomplètement coagulé. Il s'agit là, d'ailleurs, d'un phénomène général bien connu. Les tissus modifiés par une cicatrice quelconque: radio-dermite, brûlure, lupus, sont radium-résistants. Elle ajoute que cette question, dont elle reconnaît ne pas avoir l'expérience, ne pourrait être jugée que sur l'étude des résultats éloignés de l'électro-coagulation.

Mme Laborde reconnaît donc la lutte efficace que mène l'électro-coagulation contre l'infection. Mais elle craint son influence néfaste sur la sensibilité au radium, influence qui, dit-elle, ne se révélerait qu'après une période de latence. Il semble pourtant que la radium-résistance des tumeurs se manifeste immédiatement, ou dans un laps de temps très court. C'est dès l'ablation de l'appareil radifère que le cancer apparaît identique à ce qu'il était, ou peu influencé par le radium. Ces cas sont en eux-mêmes assez rares. Dans nos 63 cas, un seul apparut radium-résistant. Les moyens manquent pour affirmer la culpabilité de l'électro-coagulation, dans ce cas. Il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire. La forme histologique peut être responsable au même titre que le procédé de traitement, qui n'a pas eu le même rôle dans 62 autres cas. (Observation 11.)

Quant à la résistance après une période de latence, nous ne pouvons citer, pour l'affirmer ou l'infirmer, que les cas observés en 1937 qui nous montrent précisément un pourcentage de guérisons semblable à celui des statistiques publiées ailleurs sans ce procédé de traitement.

M. Mallet, qui a bien voulu nous communiquer les statistiques de Tenon, nous confirme cette bonne impression.

D'ailleurs, il ne semble pas que ce reproche, formulé aussi pour les cancers de la langue et de la peau, ait empêché les Curiéthérapeutes de se servir largement de l'électro-coagulation contre cette localisation du néoplasme, et avec succès. Ceux qui soignent les cancers du col, à Tenon et à Broca, continuent à user largement d'un procédé dont nous allons voir, maintenant, les avantages.

Avantages de l'électro-coagulation

Ils sont les mêmes dans toutes les applications de la haute fréquence au cancer, que nous avons étudiés au début de ce travail, c'est-à-dire :

- Absence de choc ;
- Arrêt de l'hémorragie ;
- Indolence.

Mais nous voulons insister sur deux avantages remarquables :

La régression de l'infection ;

L'application plus correcte du radium et la meilleure tolérance de la malade à son application.

I. - REGRESSION DE L'INFECTION

C'est précisément pour lutter contre cette complication constante du cancer du col utérin que M. Gernez appliqua cette méthode.

a) Au simple point de vue fonctionnel l'amélioration est notable. Elle trouve sa traduction dans la chute thermique qu'entraîne, presque toujours, la coagulation. La courbe de température redevient pratiquement normale après ce temps opératoire, abstrac-

tion faite du clocher du troisième jour, presque de règle, et remarquablement supporté.

Les pertes fétides, irritantes, qui incommodent si fort ces malades et qu'entraînent fatalement ces mêmes bourgeons néoplasiques, se tarissent rapidement.

b) L'examen clinique en révèle les avantages. Assez souvent, on est étonné des différentes lésions trouvées à deux examens que sépare l'électro-coagulation. Le col est rosé, propre. Le corps utérin lui-même, est souvent moins volumineux. Sa mobilité est aussi partiellement revenue. Cette constatation permet parfois de revenir sur le mauvais pronostic porté premièrement. Quelques jours après une électro-coagulation, on a parfois l'heureuse surprise de trouver une mobilité utérine presque normale et des paramètres souples, montrant ainsi la nature infectieuse et non néoplasique du processus.

II. - APPLICATION PLUS CORRECTE DU RADIUM

On comprend donc les conditions bien plus favorables dans lesquelles sera appliqué le radium, au point de vue mécanique et infectieux.

a) Dans les cancers bourgeonnants où la masse cancéreuse occupe toute la cavité vaginale de ses bourgeons friables et hémorragiques, la pose correcte d'un colpostat est impossible. On ne peut le placer autour de la tumeur trop volumineuse. Ou si on y arrive, il refoulera le radium contre les parois vaginales donc contre les organes voisins, qui recevront

une quantité de radiations nuisibles, cependant que la masse néoplasique en aura une quantité à peine suffisante pour son volume.

On connaît aussi les dangers d'hémorragie de ces masses friables et vasculaires.

L'électro-coagulation nettoie le vagin des végétations qui l'encombrent et rend au col son volume normal. Parfois même, elle fait l'exérèse complète du cancer. Aussi il devient facile de placer, avec tous les soins voulus, le colpostat radifère. Il est aussi possible, pour des soins de propreté, de l'enlever tous les jours, sans redouter d'hémorragie, ou une difficulté spéciale pour le remettre en bonne place.

b) Plus encore que le volume, l'infection constante du cancer gêne l'application du radium.

1° Elle peut en contre-indiquer la pose. Les curie-thérapeutes répugnent à placer un appareil radifère chez une malade infectée. Pour le poser, ils veulent une courbe thermique normale, et une infection locale et régionale atténuée. Si l'examen révèle une atteinte salpingienne, ou peri-utérine, ils préfèrent pratiquer quelques séances de R. X. Celles-ci en amènent la régression, assez souvent, mais peuvent quelquefois donner un coup de fouet à l'infection. L'électro-coagulation, en amenant, comme nous l'avons vu, la régression des phénomènes infectieux, permet la pose du radium, d'une manière plus sûre et plus précoce.

2° L'infection peut compliquer l'application elle-même du radium.

Sans doute, la prudence avec laquelle on le pose actuellement, rend exceptionnels les accidents mortels par septicémie ou péritonite.

Des accidents graves peuvent cependant être observés : soit annexiels, soit peri-utérins, phlegmons du ligament large, pelvi-péritonite, cellulite pelvienne. Mais surtout les accidents mineurs sont fréquents, pour ne pas dire constants : écoulements vaginaux abondants, sanieux et fétides, fort gênants pour la malade, causés presque fatalement par la destruction de la tumeur par le radium. Poussées fébriles qui peuvent imposer l'interruption momentanée de l'application du radium.

Il semble donc logique d'espérer réduire ces accidents ou incidents en détruisant les bourgeons néoplasiques infectés, en laissant au radium le minimum de tissu cancéreux à détruire : but que se propose l'électro-coagulation.

Et de fait, la tolérance meilleure au radium des malades ayant eu une électro-coagulation est démonstrative. Le plus souvent, la température n'atteint pas 39, et rarement dépasse 38, l'écoulement vaginal est moins abondant : aussi la suspension d'application du radium est-elle rarement indiquée, quand une électro-coagulation l'a précédée.

Dans nos observations, le colpostat dut être retiré 1 seule fois, pendant 3 jours, et sa remise ne donna lieu à aucun incident. (Obs. 21.)

Ailleurs, une sonde intra-utérine dut aussi être enlevée pendant 3 jours pour être remise ensuite sans aucune difficulté. (Obs. 41.)

Indications à l'électro-coagulation

Les indications de l'électro-coagulation découlent des avantages observés, variables donc avec la forme du cancer. Certains imposent vraiment ce mode de traitement, d'autres l'acceptent d'une manière moins urgente et absolue.

1° L'indication majeure, presque indiscutable, réside dans les formes bourgeonnantes exophytiques. Quand la masse néoplasique déforme le col, obture l'orifice cervical, encombre le vagin de végétations infectées et saignantes, seule l'électro-coagulation en peut assurer l'exérèse sans danger et permet ainsi la conduite ultérieure du traitement. C'est là de beaucoup l'indication la plus fréquemment rencontrée.

2° Dans les formes infiltrées et ulcérées endophytiques, les indications sont relatives, M. Gernez leur appliquait systématiquement l'électro-coagulation qui, à son avis, réalisait une exérèse limitée de la tumeur et nécessitait une application différente du radium.

M. Mocquot ne l'applique pas systématiquement. Il la réserve essentiellement aux cas compliqués d'hémorragie, d'infection.

a) Hémorragie. Cinq de nos cas nécessitèrent une électro-coagulation d'urgence en raison d'une hémorragie importante que n'arrêtaient pas les traitements usuels. Dans ce cas, on peut se borner à coaguler la surface hémorragique, ou pratiquer l'ablation de la tumeur elle-même. Cela pourra être fait si la malade paraît peu anémiée et la forme du cancer favorable, assez peu étendu. Dans le cas inverse, il est peut-être plus prudent de faire une coagulation superficielle uniquement hémostatique, et de remettre à plus tard l'ablation de la tumeur. Cela fut fait dans 2 de nos cas.

b) L'infection de ces cancers réalise la deuxième indication à l'électro-coagulation, indication assez fréquente. Les pertes purulentes font prévoir cette complication. L'examen montre une ulcération sanieuse, parfois nécrotique, plus ou moins étendue. La température oscille au-dessus de 38°. Dans les cas de ce genre, l'électro-coagulation agit très bien sur l'infection et amène une régression souvent remarquable des signes. La température baisse, l'infiltration infectieuse, plus que néoplasique, rétrocede après ce traitement.

Parfois, l'infection ne siège pas au niveau du cancer lui-même, mais a gagné l'utérus, qui est le siège d'un pyomètre. Le volume accru de l'organe en fait soupçonner le diagnostic. L'électro-coagulation, en ouvrant plus largement le canal cervical, facilite le drainage de la cavité utérine. Plus souvent, cependant, elle sera insuffisante et l'ablation du corps uté-

rin sera indiquée, qui, en enlevant ce foyer infectieux, permettra l'application plus sûre du radium.

En l'absence de ces deux complications, les indications sont beaucoup moins nettes, et dépendent des auteurs. Quand le col est très volumineux, comme dans notre observation 27, avec une zone légèrement bourgeonnante et ulcérée, M. Mocquot pratique volontiers une électro-coagulation qui doit viser à détruire tout le col. Car il peut être difficile de retrouver l'orifice cervical dans les cas de ce genre, et il importe de laisser le moins de tissu possible à détruire au radium pour éviter toute infection.

3° Dans les cancers endo-cervicaux, M. Mocquot applique l'électro-coagulation quand les bourgeons font issue par le col et que celui-ci est imperméable à une sonde radifère.

4° Quant au numéro du cas, il n'impose pas, par lui-même l'électro-coagulation dont l'indication reste soumise à la forme du cancer.

On peut dire cependant que dans les cas n° 1, 2, 3 l'électro-coagulation n'est qu'un élément d'un traitement qui cherche à être curatif.

Dans les cas n° 4, au contraire, où le cancer a bloqué tout le petit bassin, rendant tout traitement curatif illusoire, l'électro-coagulation pourra rendre d'utiles services en débarrassant les malades des végétations vaginales infectées et saignantes. Elle peut ainsi diminuer leurs souffrances, tarir partiellement leurs pertes irritantes et continuelles. Elle peut aussi enrayer une hémorragie grave, comme nous l'avons vu. Son rôle palliatif n'est donc pas le moindre.

CONTRE-INDICATION

Il en existe une formelle dont nous avons vu la raison : c'est l'extension du cancer au rectum ou à la vessie. Une électro-coagulation large, pratiquée dans ces conditions, dans un but curatif, pourrait entraîner la production d'une fistule vésicale ou rectale. On voit donc la nécessité absolue de ne pratiquer l'électro-coagulation qu'après un examen minutieux avec toucher rectal et cystoscopie.

Il en va tout autrement dans les électro-coagulations palliatives toutes superficielles, que l'on pratique pour arrêter une hémorragie grave ou détruire quelques bourgeons exhubérants, car ici, l'exérèse restera très limitée, et le degré d'extension du cancer ne la contre-indique pas.

Conduite du traitement

La conduite du traitement n'est pas formulée d'une manière absolue. Dans les cancers à leur extrême début, l'électro-coagulation pourrait peut-être suffire à assurer la guérison: mais ceci est exceptionnel, nous ne l'avons observé qu'une fois.

Dans l'immense majorité des cas, un traitement chirurgical, ou par les radiations (celui-ci beaucoup plus employé) doit être associé.

I. - TRAITEMENT PAR LE RADIUM

On discute sur son mode et sa date d'application.

a) MODE D'APPLICATION. — M. Gernez se bornait à faire une application vaginale avec un colpostat olivaire chargé de 20 mmgrs de radium-éléments appliqués 14 jours.

En effet, il avait eu l'idée d'appliquer l'électro-coagulation au cancer utérin pour éviter l'application endocervicale de radium. Cette application, en obturant la cavité cervicale, lui paraissait une source d'infection presque constante. Aussi, dans sa pensée, l'exérèse de la tumeur néoplasique par l'électro-coagula-

tion, permettait-elle de supprimer ce temps radium-thérapeutique et de réduire l'application de radium au temps purement vaginal.

Dans ce mode de traitement, il est certain que le risque d'infection est réduit au minimum. Mais alors il faudrait être sûr d'avoir réalisé une exérèse complète du cancer, pour confier au radium vaginal le soin d'agir seulement sur les propagations. Or, cette certitude ne peut être obtenue. Cela explique que M. Mocquot préfère conserver l'application intracervicale de radium beaucoup plus sûre. Précisément, celle-ci est rendue plus bénigne par l'électro-coagulation.

Sans doute, il est des cas où la recherche de l'orifice cervical est difficile. Mais à condition de procéder avec douceur, elle est souvent possible et non dangereuse sur un col nettoyé de ses végétations fragiles. Parfois, plusieurs séances de dilatation prudente du col, sous anesthésie générale, sont nécessaires.

Mais cette méthode donne une sécurité bien plus grande, car l'ablation du cancer est toujours incomplète avec l'électro-coagulation. A ce point de vue, le compte rendu de quelques hystérectomies, pratiquées par M. Mocquot après une électro-coagulation, est bien instructif. L'un d'eux surtout. Le Wertheim fut fait 15 jours exactement après une électro-coagulation. Celle-ci avait détruit presque entièrement le col. Mais des bourgeons néoplasiques commençaient à repousser sur la zone coagulée.

Il est certain donc que l'électro-coagulation ne peut pas remplacer l'application endocervicale de radium. Son rôle se borne à la rendre plus aisée.

M. Mallet s'est aussi rallié à cette méthode et préconise l'application systématique de radium intra-cervical. Cette méthode lui semble préférable à un autre point de vue. Elle permet de réduire le temps de pose du radium vaginal. Ceci a un avantage certain en diminuant les radiations absorbées par les organes voisins : vessie et rectum. Aussi les accidents fistuleux sont-ils beaucoup moins à craindre ainsi que les troubles fonctionnels si fréquents dont se plaignent les malades : cystite et rectite.

On comprend donc le gain apporté par la pose directe du radium au contact du cancer. M. Mallet a cherché à obvier aux accidents de rétention que peut provoquer une sonde obturant le col, en plaçant le radium dans un tube creux et ajouré, comme un drain de Mouchotte. Cette méthode est encore trop récente pour en affirmer les bienfaits : ils paraissent cependant réels.

b) DATE D'APPLICATION. — M. Gernez l'appliquait dans les 2 ou 3 jours qui suivent l'électro-coagulation. M. Mocquot préfère attendre la chute de l'escarre. Ces deux méthodes présentent chacune des avantages et des inconvénients certains.

La première évite de perdre un temps précieux en matière de cancer. Ce fait n'a peut-être pas une grosse importance chez une malade âgée où le cancer évolue lentement. Au contraire, un retard dans l'ap-

plication du radium peut être très grave chez une malade jeune où la tumeur se propage avec une grande rapidité.

Un autre avantage est de raccourcir la durée du traitement, qui peut ainsi ne pas excéder trois semaines ou un mois. De plus, les malades, soulagées par l'électro-coagulation, peuvent méconnaître ensuite la gravité de leur lésion et se refuser au temps capital, indispensable du traitement. Il est vrai qu'on peut, dans ces cas, en révélant la vraie nature de leur lésion, rendre les malades dociles.

On peut, par contre, reprocher à la pose presque immédiate de radium, de faire courir à la malade un plus grand danger d'infection puisqu'on l'applique sur un col non cicatrisé, avec une plaie récente.

On voit donc les avantages et inconvénients de l'application de radium retardée jusqu'à la chute d'escarre. Avantage d'opérer sur un col propre et détergé. Inconvénient de temps perdu et de délai d'hospitalisation plus grand.

Dans le service de M. Mocquot, on attend presque toujours la chute d'escarre, et ceci, parce que l'électro-coagulation s'adresse aux cas bourgeonnants et infectés. La marche suivie est généralement la suivante :

La biopsie faite, et le néoplasme reconnu, l'électro-coagulation est pratiquée. Tout de suite après la chute d'escarre, aux environs du quinzième jour, l'orifice cervical est recherché. S'il est trouvé et reconnu immédiatement perméable à la sonde radifère, celle-ci

est introduite avec une charge de 2×10 mmgrs de radium-éléments, maintenue par une compresse changée tous les jours. Cette sonde est laissée 7 jours. La température est le plus souvent peu élevée, atteignant quelquefois 38° . Si, par hasard, elle s'élève trop, ce qui s'est réalisé une ou deux fois dans nos observations, malgré les sulfamides, on retire la sonde 1 à 2 jours.

Après un repos de 48 heures, on applique un colpostat chargé avec 2×10 mmgrs de radium-éléments, également maintenu pendant 7 jours. Mais on peut l'enlever et le nettoyer tous les jours.

Ensuite le traitement radiothérapique est entrepris au rythme de trois séances par semaine afin d'atteindre un total de 60 séances minimum.

Mais ceci n'est qu'un schéma qu'il faut adapter aux circonstances toujours variables. Si l'orifice du col n'est pas immédiatement perméable on applique d'abord un colpostat qui, en détruisant la tumeur, rend souvent le col accessible à la sonde qui est placée ultérieurement. Si cette pose s'avère encore difficile, on tente alors une dilatation très douce du col, sous anesthésie générale: comme cela fut fait dans deux de nos cas.

Parfois, l'infection ne rétrocede pas assez avec l'électro-coagulation et on juge préférable de l'améliorer encore avec la radio-thérapie avant d'appliquer le radium.

Mais si le cas paraît peu infecté, la malade résistante, surtout si sa jeunesse fait craindre une évolution rapide du cancer, il semble préférable d'appliquer le radium tout de suite après l'électro-coagulation pour ne pas perdre un temps trop précieux.

II. - TRAITEMENT PAR LA CHIRURGIE

Quelquefois, l'électro-coagulation, au lieu de préparer la pose du radium, prépare l'exérèse chirurgicale du cancer. Cette conduite fut observée six fois par M. Mocquot.

Dans ces six cas, on avait décidé d'emblée d'enlever chirurgicalement la lésion néoplasique car sa sensibilité au radium paraissait douteuse. Comme il s'agissait de malades jeunes, une perte de temps dans l'application du traitement efficace aurait été dangereuse.

Il s'agissait, en effet :

Soit de spino-cellulaires,

Soit de baso-cellulaires avec réaction du stroma inexistante,

Soit de formes intermédiaires,

Soit d'un sarcome.

Dans ces cas, où l'exérèse chirurgicale large fut envisagée et décidée, M. Mocquot voulut la faire précéder de l'exérèse limitée et incomplète que réalise l'électro-coagulation dans un double but.

a) Dans un but d'ordre technique. Il est plus facile d'enlever un utérus dont le col a un volume normal, que de pratiquer la même opération sur un organe dont le col est porteur de volumineuses masses végétales. Une exérèse antérieure des bourgeons néoplasiques par voie vaginale simplifie l'opération, toujours grave, de Wertheim. De plus, M. Mocquot fait toujours précéder le temps abdominal de ses colpolystérectomies élargies, d'un temps vaginal. Ce temps lui permet de faire la colpectomie plus large et plus correcte, et de suturer les lèvres vaginales au-devant du col néoplasique. Le temps abdominal qui doit être aseptique, enlève donc la tumeur en vase clos. Or, l'ablation préalable du cancer exhubérant est indispensable avant le temps vaginal. Mais si cet avantage était le seul, il suffirait de pratiquer l'électro-coagulation immédiatement avant le Wertheim, sans faire une séance opératoire préalable.

b) Dans le but de lutter contre l'infection. Si M. Mocquot agit ainsi, c'est pour faire bénéficier les malades de l'influence bienfaisante qu'exerce l'électro-coagulation sur l'infection. Elle permet en effet :

— D'opérer sur des malades moins infectées, donc plus résistantes,

— De diminuer les difficultés techniques en atténuant les lésions infectieuses,

— De pratiquer une opération plus claire puisque l'infiltration cancéreuse persiste seule.

Dans un septième cas, l'ablation chirurgicale du cancer fut pratiquée secondairement. La malade, âgée

de 41 ans, était porteuse d'une lésion spino-cellulaire ayant infiltré les paramètres. Une électro-coagulation avait été pratiquée, suivie de la pose d'un colpostat et d'application de R. X. La guérison paraissait satisfaisante, à la sortie de la malade, en février 1938. Elle se maintenait en juin 1938. En septembre 1938, une petite hémorragie inquiéta heureusement la malade qui revint consulter aussitôt.

On vit alors une muqueuse érodée et saignante non indurée. L'utérus restait mobile, les culs-de-sac et les paramètres souples. L'examen biopsique montrait un épithélioma spino-cellulaire. Devant cette persistance d'éléments néoplasiques, M. Mocquot pratiqua immédiatement une hystérectomie vaginale élargie, en raison de l'état adipeux et congestif de la malade. Elle est restée guérie depuis.

OBSERVATIONS

Voici les observations des malades ayant subi, à Broca, une électrocoagulation:

1936

OBS. 1. — M^{me} C..., 58 ans

Entrée le 2 septembre 1936.

Examen:

- chouffleur obturant le fond du vagin;
- paramètre droit légèrement bridé;
- paramètre gauche souple.

Biopsie n° 5.963:

- épithélioma massif du type indifférencié; monstruosités nucléaires; stroma à peine existant.

Stade 2.

Traitement:

29- 9-36: Electrocoagulation: destruction de la moitié des bourgeons.

21-10-36: (M. le professeur Mocquot):

Colpohystérectomie élargie. Présence de ganglions à droite, absence à gauche.

Biopsie: ganglions non envahis.

Revue:

12-10-37: Très bon état local.

23- 7-38: Rien d'anormal dans le pelvis.

En mars 1943, notre enquête nous a appris sa mort à une époque et dans des circonstances indéterminées.

OBS. 2. — M^{me} R..., 36 ans

Entrée le 5 octobre 1936.

Examen:

- chouffleur volumineux du fond du vagin, qui saigne abondamment;
- culs-de-sac non encore pris;
- paramètres droit et gauche souples.

Biopsie n° 5.985:

- épithélioma intermédiaire avec tendance à la kératinisation ; mitoses rares; radiosensibilité douteuse.

Stade 2.

Traitement:

- 16-10-36: Electrocoagulation des bourgeons cancéreux.
- 4-11-36: Wertheim. Présence de ganglions bilatéraux.
- Biopsie: ganglions normaux.

Revue:

- 4-4-38: Bon état général et local.

OBS. 3. — M^{me} T..., 41 ans

Entrée le 26 septembre 1936.

Examen:

- énorme ulcération saignante du col, peu végétante;
- ligament utéro-sacré droit infiltré.

Biopsie n° 5.977:

— épithélioma lobulé peu kératinisant ; mitoses peu nombreuses et éparpillées; radiosensibilité probablement faible.

Stade 3.

Traitement: Electrocoagulation.

1937

OBS. 4. — M^{me} B..., 47 ans

Entrée le 5 juillet 1937.

Examen:

— gros bourgeonnement du col et de la face antérieure du vagin.

Biopsie n° 6.410:

— épithélioma baso-cellulaire ; mitoses assez nombreuses.

Stade 2.

Traitement:

Juillet 1937: Electrocoagulation. Radiothérapie.

Revue:

3-11-37: Col bourgeonnant volumineux; envahissement du bas-fond vésical.

25- 3-38: Décès.

OBS. 5. — M^{me} B..., 60 ans

Entrée le 3 novembre 1937.

Examen:

— col infiltré, irrégulier, bourgeonnant, bourgeons allant jusqu'aux insertions vaginales;

- cul-de-sac postérieur gauche souple;
- utérus encore bien mobile;
- paramètre gauche infiltré.

Biopsie:

- épithélioma infiltrant; cellules basales prédominantes avec, en certains points, évolution épidermoïde parfois très avancée; nombreuses mitoses.

Stade 3 au début.

Traitement:

- 24-11-37: Electrocoagulation: destruction du col jusqu'aux insertions vaginales, et en haut jusqu'à l'isthme.
- 15-12-37: Colpostat avec 20 mgr. R.E. pendant quatorze jours. Radiothérapie.

Revue:

- 5-5-38: Bon état. Quelques pertes sanglantes et douleurs lombaires. Au fond du vagin, petite zone non cicatrisée, non bourgeonnante.

Biopsie:

- épithélioma baso-cellulaire.

3-6-38: (M. le professeur Mocquot):

La tumeur semble conserver une certaine mobilité, la vessie est intacte; devant l'échec du traitement par le radium, on décide de tenter une hystérectomie vaginale élargie. Mais devant l'extension du néoplasme, on se borne à entuber le col et à détruire par l'électrocoagulation les bourgeons néoplasiques.

Décès en 1938.

OBS. 6. — M^{me} C..., 43 ans

Entrée le 28 août 1937.

Examen:

- masse bourgeonnante occupant l'emplacement du col.

Biopsie n° 6.517:

- épithélioma baso-cellulaire; nombreuses mitoses.

Stade 2.

Traitement:

8-9-37: Electrocoagulation.

16-9-37: Ablation des ganglions pelviens.

Biopsie: ganglions non envahis.

Décès en 1939.

OBS. 7. — M^{me} D..., 43 ans

Entrée le 15 février 1937.

Examen:

- énorme col bourgeonnant;
- culs-de-sac antérieur et droit libres;
- cul-de-sac gauche infiltré: le néoplasme atteint et dépasse son insertion;
- pas d'infiltration des paramètres.

Biopsie n° 6.158:

- épithélioma du col: en certaines zones, baso-cellulaire; en d'autres, indifférencié; nombreuses mitoses.

Stade 2.

Traitement:

5-3-37: Electrocoagulation. Evidement du col jusqu'à l'isthme.

27-3-37: Colpostat vaginal avec 20 mgr. R. E. pendant 14 jours.

24 séances de rayons X.

Revue:

5-10-37: Bon état local.

18- 1-38: Excellent état.

Mars 1943: Sans nouvelles.

OBS. 8. — M^{me} E..., 42 ans

Entrée le 27 avril 1937.

Examen:

- col volumineux, ulcéré, saignant;
- utérus peu mobile;
- cul-de-sac gauche induré;
- ligaments utéro-sacrés un peu infiltrés.

Biopsie n° 6.983:

- épithélioma à transformation baso-cellulaire; début de transformation à partir de l'épithélium cylindrique.

Stade 3.

Traitement:

14-5-37: Electrocoagulation.

4-6-37: Colpostat vaginal avec 20 mgr. R. E. pendant 14 jours.

52 séances de rayons X.

Revue:

7-12-37: Douleur constante dans le pelvis et la région sacrée. Pelvis bloqué.

17-12-37: (M. le professeur Mocquot):

Ligature des deux hypogastriques. Ablation de quelques petits ganglions. Toute la ré-

gion du col est englobée dans une masse dure et fixée. Résection du nerf pré-sacré.

Morte en 1938.

OBS. 9. — M^{me} D..., 36 ans

Entrée le 28 mai 1937.

Examen:

- cancer bourgeonnant du col utérin;
- cul-de-sac droit infiltré.

Biopsie n° 6.337:

- épithélioma baso-cellulaire; zones d'inflammation importante.

Stade 2.

Traitement:

2-6-37: Electrocoagulation.

26-6-37: Colpostat vaginal 20 mgr. R.E. pendant quatorze jours.

Trente-deux séances de R. X.

Morte le 3 mars 1938.

OBS. 10. — M^{me} F..., 40 ans

Entrée le 13 septembre 1937.

Examen:

- cancer bourgeonnant du col;
- paramètres souples.

Biopsie:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

21- 9-37: Electrocoagulation.

6-10-37: Colpostat vaginal avec 20 mgr. R. E. pendant 14 jours.

24 séances de rayons X.

Sans nouvelles en 1943.

OBS. 11. — M^{me} G..., 41 ans

Entrée le 24 décembre 1937.

Examen:

- ulcération profonde creusant le col, dont la lèvre postérieure a complètement disparu;
- mobilité utérine diminuée;
- infiltration étendue du paramètre gauche, très légère du paramètre droit.

Biopsie n° 6.737:

- épithélioma spino-cellulaire; très nombreuses mitoses.

Stade 3.

Traitement:

28-12-37: Electrocoagulation. La température, qui était au-dessus de 38°, tombe à 37° le soir de l'électro, pour remonter à 38° seulement les 6^e et 10^e jours.

11- 1-38: Colpostat vaginal avec 20 mgr. de R. E. pendant 14 jours. La température ne dépasse pas 38°. Radiothérapie.

Revue:

2-6-38: Petit moignon du col. Pas d'ulcération.

16-9-38: Légère hémorragie.

Examen:

Muqueuse un peu errodée et saignante sur la cicatrice.

Utérus mobile. Pas d'infiltration des utéro-sacrés.

12-10-38: (M. le professeur Mocquot):

Hystérectomie vaginale élargie, en raison de l'état adipeux et congestif de la malade et devant l'échec du traitement par les radiations.

Biopsie n° 7.305:

— épi spino-cellulaire.

5-1-39: Bon état général et local.

Mars 1943: Excellent état. La malade mène une vie très active sans la moindre fatigue.

OBS. 12. — M^{me} Go..., 50 ans

Entrée le 12 mars 1937.

Examen:

— ulcération végétante du col;

— pas d'infiltration étendue des utéro-sacrés.

Biopsie n° 6.220:

— épithélioma: tendance baso-cellulaire avec ébauche de globes cornés.

Stade 2.

Traitement:

13-4-37: Hémorragie importante; on fait alors une électrocoagulation. Arrêt définitif des hémorragies. Pas d'élévation thermique.

29-4-37: Colpostat vaginal 20 mgr. de R. E. pendant
14 jours.

25 séances de rayons X de mai à juin.

12 — — — en octobre.

Revue:

18-1-38: Bon état local. Pas d'induration suspecte.

5-5-38: Se plaint de cystite. Hémorragie. T. V. Induration étendue du dôme vaginal atteignant la paroi pelvienne à droite.

31 séances de rayons X.

Morte à une date inconnue.

OBS. 13. — M^{me} Gr..., 44 ans

Entrée le 28 mai 1937.

Examen:

- grosse masse bourgeonnante au niveau du col;
- hémorragie importante;
- culs-de-sac postérieur et latéraux envahis;
- envahissement des paramètres.

Biopsie n° 6.356:

- épithélioma baso-cellulaire ; zones nécrotiques ; monstruosité cellulaires.

Stade 3.

Traitement:

2-6-37: Electrocoagulation.

19-6-37: Colpostat vaginal 20 mgr. de R. E. pendant
14 jours.

32 séances de rayons X.

Revue:

4-10-38: Récidive avec hémorragie et tumeur volumineuse. 34 R. X.

Décès.

OBS. 14. — M^{me} J..., 34 ans

Entrée le 22 avril 1937.

Examen:

- énorme col bourgeonnant et saignant;
- paramètre gauche infiltré;
- paramètre droit souple.

Biopsie n° 6.205;

- épithélioma baso-cellulaire; mitoses très nombreuses.

Stade 2.

Traitement:

5-5-37: Electrocoagulation.

20-5-37: Colpostat vaginal 20 mgr. R. E. pendant 8 jours. 24 séances de rayons X. Il persiste à gauche une induration ligneuse de la grosseur d'une noix.

Décès en novembre 1937, chez elle.

OBS. 15. — M^{me} L..., 61 ans

Entrée le 20 octobre 1937.

Examen:

- métrorragies depuis 8 jours;
- col bourgeonnant infiltré;
- légère sténose vaginale;
- insertion vaginale un peu indurée en avant et en arrière.

Biopsie n° 6.603:

— épithélioma baso-cellulaire; très nombreuses mitoses.

Stade 2.

Traitement:

3-11-37: Electrocoagulation.

18-11-37: Colpostat vaginal avec 20 mgr. R. E. pendant 14 jours.

32 séances de rayons X.

Revue:

28- 6-38: Excellent état.

4-10-38: Douleur pelvienne. Anorexie. Récidive. Envahissement vésical.

Décès: date inconnue.

OBS. 16. — M^{me} Mal..., 54 ans

Entrée le 17 avril 1937.

Examen:

— tumeur bourgeonnante empiétant sur la face antérieure du vagin, descendant jusqu'aux 2/3 du vagin.

— T. R. Masse consistante, irrégulière, collée à droite contre la paroi pelvienne.

— cystoscopie. Envahissement du trigone.

Biopsie n° 6.275:

— épithélioma baso-cellulaire; nombreuses mitoses.

Stade 4.

Traitement:

14-5-37: Electrocoagulation. Aucune réaction thermique.

3-6-37: Débris sphacéliques dans le fond du vagin.
Cratère très large au niveau de la destruction
du col, à bords infiltrés et épaissis.

8-6-37: Colpostat vaginal avec 20 mgr. de R. E. pen-
dant 18 jours.

33 séances de rayons X.

Sans nouvelles en mars 1943.

OBS. 17. — M^{me} Mas..., 47 ans

Entrée le 1^{er} juillet 1937.

Examen:

- bourgeonnement de la lèvre postérieure du col, qui
commence à gagner le vagin;
- utérus bien mobile;
- paramètre gauche un peu infiltré.

Biopsie n° 6.389:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

9-7-37: Electrocoagulation. Le 29 juillet, l'escarre
n'était pas encore éliminée.

15-7-37: Colpostat de 20 mgr. de R. E. pendant qua-
torze jours, très bien supporté sans fièvre.
Radiothérapie.

Revue:

26-10-37: Bon état général et local.

4- 1-38: Douleurs lombaires bilatérales. L'examen ne
révèle rien d'anormal.

2- 5-43: Bon état général. Atrésie vaginale. Muqueuse
souple.

OBS. 18. — M^{me} P..., 42 ans

Entrée le 21 juin 1937.

Examen:

- ulcération bourgeonnante du fond du vagin saignant abondamment;
- culs-de-sac gauche et antérieur effacés;
- empâtement au ligament utéro-sacré gauche;
- œdème bulleux du bas-fond vésical.

Biopsie n° 6.307:

- épithélioma baso-cellulaire; peu de mitoses.

Stade 3.

Traitement:

2-7-37: Electrocoagulation. 30 séances de R. X.

Revue:

12-10-37: Bon état général, mais quelques pertes de sang. T. V. cicatrice souple ne saignant pas. T. R. induration des deux ligaments utéro-sacrés, atteignant à gauche la paroi pelvienne.

11- 1-38: Quelques séances de rayons X sont mal supportées.

Décès à une date inconnue.

OBS. 19. — M^{me} R..., 36 ans

Entrée le 13 janvier 1937.

Examen:

- grosse hypertrophie de la lèvre antérieure du col qui saigne au toucher;
- utérus mobile;
- pas d'infiltration des paramètres.

Biopsie n° 6.120:

— épithélioma à tendance baso-cellulaire.

Stade 1.

Traitement:

8-2-37: (M. le professeur Mocquot):

Electrocoagulation. Ablation des ganglions pelviens.

Biopsie n° 6.157: ganglions non envahis.

4-3-37: Colpostat vaginal de 20 mgr. R. E. pendant 18 jours.

24 séances de rayons X.

Revue:

Juillet 1937: Souplesse remarquable du pelvis.

Mars 1943: Parfait état. Quelques douleurs au moment présumé des règles, qui ont disparu.

OBS. 20. — M^{me} Z..., 41 ans

Entrée le 2 décembre 1937.

Examen:

- col énorme, irrégulier et végétant;
- début d'empatement en arrière et à gauche sur l'insertion vaginale et le ligament large;
- utérus encore assez mobile;
- culs-de-sac libres en avant et à droite;
- infiltration des deux utéro-sacrés.

Biopsie n° 6.681:

- épithélioma baso-cellulaire; très nombreuses mitoses atypiques.

Stade 3.

Traitement:

13-12-37: Electrocoagulation.

23-12-37: Colpostat vaginal, 20 mgr. R. E. pendant
18 jours.

25 séances de radiothérapie.

Revue:

Novembre 1938: Bon état général et local.

Octobre 1939: Morte de récidence.

1938

OBS. 21. — M^{me} B..., 42 ans

Entrée le 6 avril 1938.

Examen:

— col irrégulier, dur, scléreux; petite ulcération de la
lèvre antérieure;

— infiltration des deux paramètres, surtout du droit;

— infiltration du cul-de-sac vaginal droit.

Biopsie n° 6.983:

— épithélioma spino-cellulaire; nombreux globes cornés absolument typiques.

Stade 3.

Traitement:

27-4-38: Electrocoagulation. Destruction du col. Touche légère du cul-de-sac vaginal et dans le fond de l'ulcération.

12-5-38: Colpostat vaginal de 20 mgr. R. E. Ablation le 5^e jour pour poussée thermique. Remis le 21 mai pour neuf jours. Radiothérapie.

Revue:

5-3-41: Cicatrice souple. Utérus atrophique bien mobile. Ligaments larges souples.

Envoyée en médecine pour œdème bi-latéral des jambes, apparu brusquement 10 jours avant.

Mars 1943: Sans nouvelles.

OBS. 22. — M^{me} Be..., 58 ans

Entrée le 28 janvier 1938.

Examen:

- masse végétante emplissant le fond du vagin et implantée sur le col;
- paramètre gauche envahi;
- cystoscopie: envahissement probable de la région juxta-urétrale droite du plancher vésical.

Biopsie n° 6.817:

- épithélioma avec réaction colloïde très intense.

Stade 4.

Traitement:

10-2-38: Electrocoagulation: destruction des deux lèvres du col jusqu'aux insertions vaginales ; électrocoagulation du canal cervical.

28-3-38: Colpostat vaginal de 20 mgr. R. E. pendant 14 jours.

32 séances de rayons X.

Revue:

5-7-38: Etat local satisfaisant.

Morte en 1939.

OBS. 23. — M^{me} F..., 55 ans

Entrée le 7 octobre 1938.

Examen:

- néoplasme à forme infiltrante très étendu aux culs-de-sac vaginaux;
- paramètres largement envahis.

Biopsie n° 7.299:

- épithélioma baso-cellulaire; très nombreuses atypies cellulaires; en certains points, zone épidermoïde.

Stade 4.

Traitement:

19-10-38: Electrocoagulation. Radiothérapie.

Décès le 6 janvier 1939.

OBS. 24. — M^{me} H..., 56 ans

Entrée le 1^{er} décembre 1938.

Examen:

- métrorragies depuis trois mois;
- gros col bourgeonnant: la lèvre antérieure est très volumineuse;
- la lésion empiète sur le cul-de-sac vaginal gauche;
- infiltration du paramètre gauche;
- vessie saine.

Biopsie n° 7.402:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

23-12-38: Electrocoagulation.

30-12-38: Colpostat vaginal avec 20 mgr. R. E. pendant 7 jours. Sonde intra-utérine avec 20 mgr. R. E. pendant 7 jours. Radiothérapie.

Malade partie à La Réunion.

OBS. 25. — M^{me} J..., 37 ans

Entrée le 17 février 1938.

Examen:

- métrorragies depuis un mois;
- surface bourgeonnante qui a détruit la lèvre antérieure et empiète sur la lèvre postérieure;
- mobilité partiellement conservée, infiltration des deux paramètres.

Biopsie n° 6.878:

- épithélioma au début.

Stade 3.

Traitement:

- 2-3-38: Electrocoagulation poussée aussi loin que possible en haut et sur le pourtour du col.
- 20-3-38: Colpostat de 20 mgr. R. E. pendant 14 jours parfaitement supporté, sauf un clocher à 38°5 la veille de l'ablation, qui cède avec celle-ci. Radiothérapie.

Sans aucune nouvelle.

OBS. 26. — M^{me} L..., 34 ans

Entrée le 17 janvier 1938.

Examen:

- métrorragie depuis 15 jours;
- zone très bourgeonnante sur la lèvre antérieure du col, qui est énorme;
- mobilité utérine restreinte;
- paramètre gauche épaissi, droit plus libre.

Biopsie n° 6.772:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 3.

Traitement:

28-1-38: Electrocoagulation. Destruction du col jusqu'aux insertions vaginales.

14-2-38: Wertheim vagino-abdominal. Pas de ganglions visibles.

Pièce: le col a été enlevé largement, ainsi que les paramètres; des bourgeons néoplasiques repoussent sur la zone ulcérée.

Revue:

Août 1938: Bon état. Cicatrice souple.

Octobre 1938: Douleur dans le membre inférieur gauche. Cicatrice vaginale souple, mais tuméfaction au niveau du pédicule utéro-ovarien droit et au voisinage de l'articulation sacro-iliaque droite.

Radiothérapie très mal supportée, avec température oscillante.

Décès.

OBS. 27. — M^{me} M..., 50 ans

Entrée le 25 mars 1938.

Examen:

- pertes sanglantes depuis 6 mois;
- gros col avec ulcération irrégulière entourant l'orifice, bourgeonnant légèrement sur la lèvre antérieure;
- utérus un peu fixé dans le sens transversal;
- paramètre gauche un peu infiltré.

Biopsie n° 6.937:

- épithélioma baso-cellulaire; mitoses peu nombreuses.

Stade 2.

Traitement:

- 4-4-38: Electrocoagulation; destruction du col sur toute sa hauteur.
- 29-4-38: Colpostat vaginal de 20 mgr. R. E. pendant 14 jours. Radiothérapie.

Revue:

- Mars 1939: Douleur abdominale transitoire. Vagin bien cicatrisé, sans induration ni ulcération.
- Juin 1938: Cicatrice souple. Utérus mobile.
- Mars 1943: Va très bien.

OBS. 28. — M^{me} Mo..., 72 ans

Entrée le 8 septembre 1938.

Examen:

- métrorragies depuis 3 mois;
- ulcération bourgeonnante détruisant le col;
- infiltration étendue sur la paroi vaginale antérieure;
- utérus encore mobile;
- infiltration du ligament utéro-sacré droit.

Biopsie:

- épithélioma spino-cellulaire.

Stade 3.

Traitement:

- 23-12-38: Colpostat vaginal de 20 mgr. R. E. pendant 14 jours. 40 séances de rayons X.
- 13- 1-39: Electrocoagulation pour un bourgeon saignant au fond du vagin.

Revue:

- 25-7-39: Rétrécissement cicatriciel du vagin. Utérus mobile sans induration.
 - 29-4-41: Douleurs abdominales. Localement, bon état. Petite cicatrice blanchâtre qui ne saigne pas et n'est pas indurée.
- Morte en décembre 1942 de récidence.

OBS. 29. — M^{me} Rib., 68 ans

Entrée le 30 avril 1938.

Examen:

- col détruit par une vaste ulcération;
- utérus mobile;
- culs-de-sac latéraux peu dépressibles;
- ligaments larges droit et gauche légèrement infiltrés;
- cystoscopie: début d'infiltration du bas-fond vésical.

Biopsie n° 7.009:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

18-5-38: (M. le professeur Mocquot):

Electrocoagulation. Légère température: 38°, alors qu'elle était plus élevée avant.

31-5-38: Colpostat de 20 mgr. R. E. pendant 14 jours, parfaitement supporté.

16-6-38: Radium intracervical pendant 5 jours.

Très bien en mars 1943.

OBS. 30. — M^{me} Ro..., 49 ans

Entrée le 5 décembre 1938.

Examen:

- petites hémorragies depuis 4 mois;
- hystérectomie subtotale en 1922, pour fibrome;
- col très irrégulier: lèvre antérieure bourgeonnante et indurée;

- infiltration du ligament utéro-sacré droit;
- la partie antérieure du ligament utéro-sacré gauche n'est pas libre;
- léger œdème du bas-fond vésical.

Biopsie n° 7.392:

- épithélioma baso-cellulaire avec très forte réaction inflammatoire qui donne l'aspect d'un bourgeon charnu.

Stade 2-3.

Traitement:

12-12-38: Electrocoagulation.

21-12-38: Escarre non encore éliminée.

6- 1-39: Colpostat de 20 mgr. R. E. pendant 14 jours.
Rayons X.

Sortie le 11 février 1939 en très bon état.

Bien en mars 1943.

1939

OBS. 31. — M^{me} Boul., 64 ans

Entrée le 13 février 1939.

Examen:

- pertes teintées de sang depuis 3 mois;
- ulcération de la partie postérieure gauche du col, qui atteint le cul-de-sac postérieur;
- le vagin paraît cartonné;
- mobilité utérine diminuée.

Biopsie n° 7.554:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 3.

Traitement:

20-2-39: Electrocoagulation: destruction du col jusqu'à l'isthme.

7-3-39: Colpostat vaginal de 20 mgr. R. E. pendant 14 jours. Rayons X.

La température, qui était normale avant l'électrocoagulation, monte à 38° à ce moment et s'y maintient pendant le temps d'application du radium, pour baisser ensuite pendant les rayons X.

Revue :

Juin 1939: Va bien.

Mars 1943: Va bien.

OBS. 32. — M^{me} Bour..., 65 ans

Entrée le 31 mars 1939.

Examen:

- pertes rosées depuis 2 mois;
- cratère cervical sphacélique irrégulier bourgeonnant;
- culs-de-sac envahis;
- utérus fixé;
- infiltration étendue jusqu'à la paroi pelvienne.

Stade 4.

Traitement:

24-4-39: Electrocoagulation d'urgence pour réaliser l'hémostase d'une hémorragie très abondante.
La température, qui était à 38° pendant le

mois précédent, baissa nettement à 37°5 dès le 5^e jour.

12-5-39: Nouvelle électrocoagulation complémentaire.

27-5-39: La destruction apparaît comme satisfaisante, sauf au niveau d'un bourgeon de la lèvre antérieure du col.

Décès le 5 juin 1939.

OBS. 33. — M^{me} Bousq..., 48 ans

Entrée le 6 janvier 1939.

Examen:

- pertes purulentes depuis un mois;
- ulcération nécrotique de tout l'orifice cervical;
- la lésion occupe toute l'étendue du col, s'étendant surtout en arrière et à gauche;
- ligament large gauche épaissi et infiltré.

Biopsie n° 7.470:

- épithélioma baso-cellulaire très indifférencié; nombreuses mitoses.

Stade 2-3.

Traitement:

23-1-39: Electrocoagulation détruisant tout le col, surtout poussée vers la commissure gauche. La température, qui était à 38°5 avant, baisse le soir même de l'électrocoagulation à 37° définitivement.

2-2-39: Colpostal de 20 mgr. R. E. pendant 14 jours. Radiothérapie.

Revue :

9-10-40: Va bien. Diaphragme serré au fond du vagin.

21- 7-42: Aucun trouble. Atrophie des petites lèvres.

Muqueuse blanche. Utérus atrophique.

Mars 1943: Va bien.

OBS. 34. — M^{me} Cal..., 34 ans

Entrée le 9 février 1939.

Examen:

- pertes sanglantes depuis un an;
- col énorme en choufleur, saignant abondamment;
- intégrité des culs-de-sac et des paramètres;
- utérus mobile.

Biopsie n° 7.458:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

11-2-39: Electrocoagulation pour une hémorragie importante.

24-2-39: Electrocoagulation : destruction des bourgeons sur toute l'étendue du col. Le néoplasme s'infiltré en profondeur et la destruction se poursuit à peu près jusqu'à l'isthme.

7-3-39: Colpostat vaginal de 20 mgr. R. E. pendant 7 jours.

15-3-39: Radium intra-cervical de 20 mgr., plus olive vaginale de 10 mgr. jusqu'au 21 mars 1939.
Radiothérapie: 44 R. X.

Revue :

27-6-39: Il persiste une induration étendue sur toute la moitié gauche du bassin, s'étendant jusqu'à la paroi pelvienne et à peu près fixée.

2-9-39: Va bien, l'induration a beaucoup diminué.

Mars 1943: Sans nouvelles.

OBS. 35. — M^{me} K..., 59 ans

Entrée le 12 juin 1939.

Examen:

- pertes sanglantes depuis plusieurs semaines;
- bourgeonnement important du col étendu à la face antérieure du vagin;
- infiltration des utéro-sacrés droits.

Stade 3.

Traitement:

19-6-39: Electrocoagulation surtout poussée en profondeur et à droite.

3-7-39: Colpostat vaginal de 20 mgr. R. E. pendant 14 jours. Radiothérapie.

Va bien en mars 1943.

OBS. 36. — M^{me} L..., 68 ans

Entrée le 13 avril 1939.

Examen:

- pertes sanglantes depuis 4 mois;
- col bourgeonnant irrégulier, sanieux;

- vagin souple;
- col fixé;
- infiltration des paramètres.

Biopsie n° 7.623:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

21-4-39: Electrocoagulation: destruction du col jusqu'à l'isthme.

10-5-39: Colpostat vaginal de 20 mgr. R. E. pendant 14 jours.

Mort subite le 18 mai.

OBS. 37. — M^{me} M..., 48 ans

Entrée le 6 juin 1939.

Examen:

- petites hémorragies depuis 3 mois;
- gros bourgeons saignants au fond du vagin;
- col immobile;
- infiltration de la paroi vaginale antérieure;
- infiltration du ligament large droit.

Biopsie:

- épithélioma non kératinisant, à disposition pseudo-glandulaire; très nombreuses mitoses; stroma abondant fibreux, parsemé par places de leucocytes.

Stade 3-4.

Traitement:

13-6-39: Electrocoagulation: destruction étendue à toute l'étendue du col.

28-6-39: Colpostat vaginal de 20 mgr. R. E. pendant 7 jours. Rayons X.

Décès à une date inconnue.

OBS. 38. — M^{me} P..., 62 ans

Entrée le 9 mars 1939.

Examen:

- vient pour douleurs lombaires;
- pas de pertes sanglantes;
- lèvre postérieure du col tuméfiée et indurée;
- culs-de-sac libres; paramètres souples.

Biopsie n° 7.603:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 1-2.

Traitement:

20-3-39: Electrocoagulation: destruction complète du col.

23-3-39: Colpostat de 20 mgr. R. E. pendant 14 jours. Rayons X.

Revue:

7-10-41: Se plaint d'une légère douleur dans le bas-ventre, à droite. Légère induration du ligament utéro-sacré droit.

2- 6-42: Bon état local.

OBS. 39. — M^{me} T..., 31 ans

Entrée le 6 juillet 1939.

Examen:

- métrorragie depuis 2 mois;
- col bourgeonnant saignant;
- cul-de-sac gauche un peu infiltré, ainsi que le paramètre.

Biopsie n° 7.847:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

19-7-39: Electrocoagulation: destruction à peu près complète du col. Le néoplasme est étendu surtout à la partie droite du col, où il paraît atteindre l'insertion vaginale en arrière. Chute d'escarre le 2 juillet.

9-8-39: Hystérectomie vaginale.

Partie à l'exode, en juin 1940, sans laisser d'adresse.

1941

OBS. 40. — M^{me} Bi..., 50 ans

Entrée le 6 mai 1941.

Examen:

- volumineuse tumeur végétante occupant le fond du vagin;
- l'infiltration en profondeur ne paraît pas considérable, elle est plus nette cependant du côté gauche;
- cystoscopie: début d'envahissement vésical.

Biopsie:

— épithélioma très différencié baso-cellulaire ; nombreuses atypies nucléaires.

Stade 3.

Traitement:

19-5-41: (M. le professeur Mocquot):

Electrocoagulation: destruction progressive de la tumeur. La coagulation est poussée aussi loin que possible. On l'arrête quand on ne sent plus de coque dure autour de la cavité. Elle remonte à peu près jusqu'à l'isthme. La température, qui était à 38° avant, descend à 37°.

3-6-41: Il persiste un bourgeon assez volumineux à la partie supérieure gauche du vagin. Destruction par électrocoagulation.

5-6-41: Hémorragie importante, d'abord arrêtée par tamponnement, nécessitant ensuite la ligature des artères hypogastriques.

6-6-41: Ligature des artères. Adhérence intime du rectum à l'utérus. Paroi cartonnée et infiltrée.

Décès le 8 juin.

OBS. 41. — M^{me} Dr..., 38 ans

Entrée le 30 août 1941.

Examen:

— volumineux polype sphacélé de la lèvre antérieure du col;

— aucune infiltration; utérus très mobile.

Biopsie n° 8.734:

— épithélioma baso-celulaire.

Stade 2.

Traitement:

3- 9-41: Electrocoagulation sans aucune réaction thermique.

29-10-41: Colpostat vaginal de 20 mgr. R. E. pendant 10 jours.

13-11-41: Sonde intra-utérine de 20 mgr. R. E. pendant 6 jours. On avait dû interrompre l'application 3 jours, pour poussée thermique. 12 séances de rayons X.

Revue:

2-7-42: Côté gauche infiltré, récidié, fièvre entre 38/39°.

La malade quitte l'hôpital le 8 juillet 1942, pour aller à la Pitié, où on lui fit une cordotomie.

OBS. 42. — M^{me} Du..., 70 ans

Entrée le 22 juillet 1941.

Examen:

- hémorragie depuis 2 mois. Rectite;
- néoplasme ulcéré du col très saignant;
- col rouge et infecté;
- le néoplasme ne paraît pas avoir dépassé les limites du col, qui est bien mobile;
- vessie saine.

Biopsie:

— épithélioma spino-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

28-7-41: Destruction, par électrocoagulation, du mu-seau de tanche et du col à peu près jusqu'à l'isthme. Aucune réaction thermique.

40 séances de rayons X.

Sortie le 6 novembre 1941, avec une sténose vaginale, gros utérus mou, pertes fétides.

OBS. 43. — M^{me} Dun..., 45 ans

Entrée le 25 septembre 1941.

Examen:

- néoplasme bourgeonnant sphacélique implanté sur la lèvre postérieure du col;
- paramètres souples;
- ligament utéro-sacré droit un peu épaissi.

Biopsie:

- sarcome; mitoses très nombreuses.

Stade 4 (à cause des constatations opératoires).

Traitement:

29- 9-41: Electrocoagulation : destruction des bourgeons.

20-10-41 (M. le professeur Mocquot):

Colpohystérectomie totale. Adhérences annexielles bilatérales solides fixant les trompes dans le Douglas. Adhérence avec le rectum.

Revue:

19-3-42: Douleurs gastriques et vomissements.
T. V. aucune induration de la cicatrice, qui est souple, sauf sur le côté droit, où elle est un peu dure, mais mobile. Petit bourgeon charnu à ce niveau.

15-4-42: Gastrectomie pour tumeur gastrique adhérente au pancréas.

Décès le lendemain.

OBS. 44. — M^{me} H..., 41 ans

Entrée le 31 mars 1941.

Examen:

- métrorragies importantes, douleur pelvienne;
- col bourgeonnant énorme, atteignant en arrière la paroi vaginale.

Biopsie:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

- 14-4-41: Electrocoagulation : aucune réaction thermique.
- 24-4-41: Colpostat vaginal de 20 mgr. R. E. pendant 8 jours.
- 6-5-41: Sonde intra-utérine; 16 mgr. R. E. pendant 8 jours.

Revué:

- 3-7-41: Très bon état local et général.
- Sans nouvelles en mars 1943.

OBS. 45. — M^{me} Le H..., 47 ans

Entrée le 6 décembre 1940.

Examen:

- hémorragies importantes avec aménorrhée;
- pas de douleurs; anémie marquée;
- col gros, irrégulier, avec bourgeons;
- paramètre droit rétracté;
- paramètre gauche manque de souplesse.

Biopsie:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

- 11-12-40: Electrocoagulation d'un col bourgeonnant dont on ne peut retrouver la cavité pour la pose du radium.
- 18-12-40: Colpostat de 20 mgr. R. E. pendant 11 jours. 60 séances de rayons X.

Revue:

- 9-4-41: Bon état.
- 16-12-42: Rien à signaler. Petit col. Utérus mobile. Paramètres souples.

OBS. 46. — M^{me} L..., 44 ans

Entrée le 23 mai 1941.

Examen:

- douleurs lombaires et pelvienne. Hémorragie;
- col bourgeonnant saignant, purulent;
- masse végétante du volume d'une orange dans le fond du vagin;
- les culs-de-sac ne paraissent pas envahis.

Biopsie n° 1.453:

— épithélioma spino-cellulaire.

Stade 3.

Traitement:

28-5-41: (M. le professeur Mocquot):

Electrocoagulation. Destruction progressive du volumineux cancer du col, ayant peu envahi les culs-de-sac vaginaux, mais ayant atteint et dépassé les limites du col en arrière et à gauche. Envahissement du paramètre.

Sans nouvelles en mars 1943.

Obs. 47. — M^{me} M..., 57 ans

Entrée le 8 juillet 1941.

Examen:

- épithélioma du col à début probablement endocervical;
- sténose du canal;
- pyomètre;
- ulcération indurée du col atteignant le vagin;
- col fixé;
- ligaments utéro-sacrés atteints.

Biopsie:

— épithélioma baso-cellulaire.

Stade 3.

Traitement:

8-7-41: Electrocoagulation : destruction des bourgeons qui font saillie au fond du vagin rétracté. Impossible de retrouver l'isthme et de

passer une sonde dans la cavité utérine. Destruction superficielle des bourgeons néoplasiques. Le néoplasme paraît avoir envahi en arrière toute l'épaisseur du col.

La température était constamment à 38° avant l'électrocoagulation, elle tomba à 37° trois jours et s'y maintint.

11-8-41: Colpostat vaginal de 20 mgr. R. E., plus tube intra-utérin de 10 mgr. R. E. jusqu'au 18-8. Poussée fébrile éphémère à 39°.

40 séances de rayons X, terminées le 13 décembre 1941.

Revue:

16-4-42: Examen: sclérose au dôme vaginal; col fixé; corps volumineux.

17-4-42: Hystérectomie subtotale pour pyomètre.

31-7-42: Induration tout autour du col, avec prolongement jusqu'à la paroi des deux côtés.

Sortie à cette date.

OBS. 48. — M^{me} R..., 43 ans

Entrée le 12 juillet 1941.

Examen:

- métrorragies depuis 4 mois;
- la partie gauche du col est disparue;
- ulcération verdâtre à bords infiltrés;
- culs-de-sac latéraux souples;
- corps augmenté de volume, mobile;
- paramètre gauche infiltré presque jusqu'à la paroi pelvienne;

- cystoscopie: varicosités et fausses membranes sur le trigone; bonne capacité.

Biopsie:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 3.

Traitement:

21-7-41: (M. le professeur Mocquot):

Electrocoagulation superficielle dans toute la zone ulcérée.

31-7-41: Colpostat, plus sonde intra-utérine de 20 mgr.
R. E. 40 séances de rayons X.

Revue:

6-4-43: Etat général excellent. Ménopause radiothérapique, quelques bouffées de chaleur. Etat du col excellent. Utérus réduit de volume. Pelvis souple.

OBS. 49. — M^{me} V..., 51 ans

Entrée le 26 mai 1941.

Examen:

- volumineuse tumeur du volume d'une pamplemousse, remplissant le fond du vagin;
- utérus fixe ;
- paramètres très infiltrés.

Biopsie n° 8.590:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

3-6-41: (M. le professeur Mocquot):

Electrocoagulation. La tumeur est progressivement détruite. On constate alors que sa base d'implantation est très limitée au col. Il ne semble pas y avoir d'envahissement des culs-de-sac, ni de propagation aux paramètres.

11-6-41: Hystérectomie vaginale. Pièce: la lèvre antérieure du col avait été presque entièrement détruite. Le néoplasme paraît superficiel et ne semble pas avoir gagné en profondeur. Bonnes suites opératoires.

Revue :

30-8-41: Très bonne cicatrisation.

31-3-42: Récidive.

Décès le 4-7-42.

1942

OBS. 50. — M^{me} B..., 58 ans

Entrée le 10 janvier 1942.

Examen: ~

- métrorragies peu abondantes depuis août 1941; une grande hémorragie il y a 8 jours;
- petite ulcération bourgeonnante sur la lèvre antérieure du col;
- sténose vaginale;
- rétraction du paramètre gauche et du cul-de-sac vaginal.

Biopsie:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

5-2-42: Electrocoagulation: destruction des lèvres antérieure et postérieure du col pour assurer l'hémostase d'une hémorragie importante.

La température, qui était au-dessus de 38° avant l'électrocoagulation, monte à 39° le troisième jour, puis baisse à 37°.

18-3-42: Colpostat vaginal de 20 mgr. R. E. jusqu'au 26 mars.

28-3-42: Radium intra-utérin de 20 mgr. jusqu'au 5 avril.

La température remonte alors entre 38° et 39°, puis baisse le 20 avril.

30 séances de rayons X.

Décès le 1^{er} juillet 1942.

OBS. 51. — M^{me} Ch..., 38 ans

Entrée le 14 décembre 1942.

Examen:

- métrorragies depuis 6 mois;
- pertes fétides très abondantes;
- bourgeon volumineux sur le col utérin;
- traînées à droite allant jusqu'au pelvis.

Biopsie:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 3.

Traitement:

18-12-42: (M. le professeur Mocquot):

Electrocoagulation: destruction des bourgeons cancéreux. En arrière et à droite, elle

s'étend très loin. Il existe là une zone de propagation en surface assez étendue sur la muqueuse du vagin.

La température s'élève à 38° le soir du 3^e et du 10^e jour.

28-2-43: Colpostat de 20 mgr. R. E. pendant 14 jours.
40 séances de rayons X.

OB. 52. — M^{me} Co..., 38 ans

Entrée le 23 mai 1942.

Examen:

- épithélioma du col, surtout ulcéré ;
- ulcération atteignant le vagin à gauche ;
- l'infiltration paraît s'étendre à peu près à tout le col et remonte très haut ;
- ligaments larges droit et gauche infiltrés jusqu'à la paroi.

Biopsie:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 3.

Traitement:

1-6-42: Electrocoagulation: destruction étendue à la plus grande partie du col.

20-6 au 1-7-42: Colpostat de 20 mgr. R. E.

4-7 au 14-7-42: Tube I. U. de 20 mgr. R. E. Sans réaction thermique.

Rayons X depuis le 1^{er} août.

OBS. 53. — M^m D..., 63 ans

Entrée le 26 avril 1942.

Examen:

— épithélioma du col à forme surtout infiltrée.

Biopsie:

— épithélioma baso-cellulaire.

Traitement:

11-5-42: Electrocoagulation: destruction de la partie inférieure du col.

OBS. 54. — M^m Ja..., 53 ans

Entrée le 15 avril 1942.

Examen:

— ulcération superficielle bien limitée du col sur la lèvre antérieure;

— utérus très mobile.

Stade 1.

Biopsie n° 9.286:

-- réaction adénomateuse de l'épithélium cylindrique et ulcération superficielle. On ne retrouve pas de métaplasie épithéliale pavimenteuse. Ces endroits du fragment antérieur ont des atypies nucléaires qui laissent en discussion le diagnostic d'épithélioma baso-cellulaire, quoique la basale soit relativement conservée.

Traitement:

27-4-42: Electrocoagulation: destruction de toute la partie inférieure du col.

Aucune réaction thermique: maximum 37°7.

Revue:

7-7-42: Règles normales, Bon état général. Cicatrisation parfaite. Orifice régulier.

Mars 1943: Va très bien.

OBS. 55. — M^{me} Jo..., 62 ans

Entrée le 9 mai 1942.

Examen:

— bourgeons sur la lèvre postérieure du col;

— pyomètre.

Biopsie:

— épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

27-5-42: (M. le professeur Mocquot):

Electrocoagulation. Destruction du col, qui reste modérée en raison de l'étendue de l'ulcération en arrière. Aucune réaction thermique.

17-6-42: Hystérectomie sub-totale pour pyomètre avec ablation d'une adénite adhérente à la veine iliaque gauche.

30-6-42: Moignon du col attiré en haut et en avant.
Induration limitée. Pelvis souple.

20-2-43: Dôme vaginal induré. Col érodé, dur, difficile à mobiliser.

OBS. 56. — M^{me} L..., 38 ans

Entrée le 14 octobre 1942.

Examen:

- bourgeons néoplasiques sur toute la partie gauche du col, où ils atteignent presque l'insertion vaginale;
- légère infiltration du paramètre gauche.

Biopsie:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

28-10-42: (M. le professeur Mocquot):

Electrocoagulation: destruction du col jusqu'au-dessus des insertions vaginales.
Température à 38° avant l'électrocoagulation, ensuite ne dépasse pas 37°8.

19-11-42: Colpostat de 20 mgr. R. E. jusqu'au 28-11.

7-12-42: Radium intra-utérin, 10 mgr. pendant dix jours.

40 séances de rayons X.

Revue:

4-3-43: Bon aspect local bien cicatrisé. Le col semble souple. Rectite.

6-4-43: Bonne cicatrisation.

OBS. 57. — M^{me} Ma..., 52 ans

Entrée le 23 janvier 1942.

Examen:

- épithélioma du col à forme ulcéreuse et scléreuse;
- rétraction du dôme vaginal;
- atteinte des ligaments utéro-sacrés et des paramètres;
- vessie normale.

Biopsie:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 3.

Traitement:

28-1-42: (M. le professeur Mocquot):

Destruction par électrocoagulation des parois
du cratère creusées dans le canal.

Rayons X.

OBS. 58. — M^{me} Me..., 42 ans

Entrée le 2 novembre 1942.

Examen:

- cancer du col bourgeonnant, à extension superficielle; la lèvre antérieure du col est encore respectée;
- sur les côtés et en arrière le néoplasme atteint le vagin, qu'il envahit en surface, sans s'infiltrer dans la profondeur.

Biopsie:

— épithélioma baso-cellulaire.

Stade 3.

Traitement:

9-11-42: (M. le professeur Mocquot):

Electrocoagulation: destruction complète du museau de tanche. Destruction superficielle sur la zone d'extension du vagin.

19-11-42: Hémorragie importante par chute d'escarre nécessitant un tamponnement. Renouvelée le 24 novembre.

Rayons X.

19-1-43: Quelques pertes de sang. Fond du vagin un peu rétracté. Aspect grisâtre. Pas de bourgeons suspects.

OBS. 59. — M^{me} N..., 45 ans

Entrée le 10 avril 1942.

Examen:

- profonde ulcération occupant le fond du vagin;
- volumineuse tumeur à la place du col, collant à la paroi pelvienne gauche;
- œdème bulleux de la vessie entre les deux méats.

Biopsie:

— épithélioma baso-cellulaire.

Stade 4.

Traitement:

Rayons X.

20-4-42: Destruction des bourgeons à la boule. La coagulation ne peut être poussée loin en raison de l'étendue de l'ulcération, surtout en arrière.

La courbe thermique oscille entre 38° et 39° avant comme après l'intervention.

Décès le 13 août 1942.

OBS. 60. — M^{me} P..., 43 ans

Entrée le 15 octobre 1942.

Examen:

- épithélioma du col à forme infiltrée;
- gros col avec ulcération apparaissant à l'orifice et probablement plus étendue dans le canal cervical.

Biopsie:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

31-10-42: (M. le professeur Mocquot):

Electrocoagulation: destruction du col sur toute son étendue. Coagulation poussée jusqu'au voisinage de l'isthme. Sonde intra-utérine de 10 mgr. R. E. du 22 au 25 décembre, sans fièvre.

90 séances de rayons X.

OBS. 61. — M^{me} R..., 41 ans

Entrée le 27 avril 1942.

Examen:

- épithélioma du col, de forme bourgeonnante; tumeur mollasse saillant dans le vagin;
- cul-de-sac gauche infiltré;
- les ligaments utéro-sacrés paraissent respectés.

Biopsie:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

13-5-42: Destruction de la tumeur par morcellement à l'anse diathermique, puis par coagulation à la boule. Curettage des débris sphacelés. Evidement du col.

La température n'excède pas 37°6.

Radium: vaginal de 20 mgr. du 28 mai au 6 juin.
Intra-utérin de 10 mgr. du 9 juin au 18 juin.
38° pendant deux jours.

Rayons X.

OBS. 62. — M^{me} S..., 48 ans

Entrée le 11 juin 1942.

Examen:

- cancer bourgeonnant du col utérin;
- hémorragies importantes;
- tumeur mamelonnée qui emplit le fond du vagin sans avoir entamé les culs-de-sac;
- tumeur à bords évasés, à surface plane;
- paramètres souples;

Biopsie:

- épithélioma baso-cellulaire.

Stade 2.

Traitement:

26-6-42: (M. le professeur Mocquot):

Electrocoagulation. Ablation de la tumeur en la fragmentant. On détruit ensuite les parties profondes en allant jusqu'au voisinage de l'isthme. Température à 37°7.

Radium: colpostat de 20 mgr. du 16 au 25 juillet.

Intra-utérin de 20 mgr. du 3 au 12 août. Pas de température.

60 séances de rayons X.

Revue:

Mars 1943: Fistule recto-vaginale.

OBS. 63. — M^{me} D..., 40 ans

Entrée le 26 mai 1942.

Examen:

— néoplasme bourgeonnant du col.

Biopsie:

— épithélioma baso-cellulaire.

Stade 4.

Traitement:

28-3-42: Electrocoagulation pour réduction de volume.

Décès en 1942.

CONCLUSIONS

L'électro-coagulation apparaît comme très utile dans le traitement du cancer du col de l'utérus.

Elle pourrait peut-être guérir la lésion cancéreuse à son extrême début. Mais dans notre pratique, elle ne cherche pas à remplacer le traitement radical par la chirurgie ou les radiations au stade déjà tardif où nous observons les néoplasmes. Son action, à elle seule insuffisante, est un adjuvant fort utile qui facilite précisément l'exérèse chirurgicale, mais surtout la pose d'appareils radifères. Enfin, elle peut améliorer les cancers incurables et ce rôle palliatif n'est pas à négliger.

Son indication de choix est le cancer exophytique dont elle détruit sans danger la masse friable et hémorragique.

Dans les formes endophytiques infiltrées ou ulcérées, les indications sont moins absolues et constituent des cas d'espèce.

Les bienfaits immédiats se marquent par :

— L'arrêt des hémorragies ;

— La régression de l'infection ;

— La pose plus correcte et mieux tolérée du radium.

Les bienfaits tardifs paraissent très nets. Mais notre recul est encore insuffisant pour les affirmer.

Vu : *Le Doyen,*
A. BAUDOIN.

Vu : *Le Président de Thèse,*
P. MOCQUOT.

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

Une bibliographie très complète a été faite, sur l'électro-coagulation, dans le travail inédit du Docteur PROUX, cité en tête de cette étude. Nous rappellerons seulement ici les ouvrages ayant trait à l'électro-coagulation dans le traitement du cancer du col de l'utérus.

ARRAUD. — Diathermie chirurgicale. (Gauthiers-Villars, édit., Paris, 1939.)

BORDIER. — Diathermie et diathermothérapie. (1 vol., Baillière, édit., Paris, 1931.)

COLLET et MAYOUX. — Notes sur l'électro-coagulation. (*Lyon Médical*, p. 161, 1931.)

FRUCHAUD. — Chirurgie et radiations dans le traitement des cancers superficiels et peu profonds. (1 vol. Imp. du Commerce, Angers.)

GERMEZ et MALLET. — Le traitement du cancer du col utérin au centre anti-cancéreux de l'hôpital Tenon. Technique, indications et résultats. (*Académie de Chirurgie*, 62, 1^{er} avril 1936.)

GERNEZ et CONDET. — Electro-chirurgie. (*Traité d'électro-radiothérapie*, Masson, Paris, 1938.)

LABORDE (M^{me}). — Sur le traitement du cancer du col utérin. (*Académie de chirurgie*, 18 février 1942.)

PASCHETTA. — De l'utilité de la diathermo-coagulation précuriethérapique dans le cancer du col de l'utérus. (*Cahier de Radiologie*, 31 janvier 1942.)

RAVALEU. — Contribution à l'étude du traitement des néoplasmes accessibles par l'électro-coagulation. (*Thèse Paris*, 1917.)

TAILLEFER. — Les principes, les possibilités, les indications de l'électro-chirurgie dans le traitement du cancer. (*Paris Médical*, 19 mars 1938.)

WALLON. — Quelques remarques sur le traitement du cancer du col de l'utérus. (*Presse Médicale*, 16-19 juillet 1941.)

Imp. de Persan-Beaumont, 80, Av. Wilson, Persan (S.-et-O.)
